49e Année, IIIe Série, t. III. NUMERO 26. 30 juin 1881.

JOURNAL
DES
CONNAISSANCES MÉDICALES
PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE

PARAISSANT TOUS LES JEUDIS
FONDÉ PAR LE Dr CAFFE
Publié par V. CORNIL
Professeur-agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, rédacteur en chef.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr V. GALIPPE
Ancien chef du laboratoire des Hautes études
à l'École de pharmacie de Paris,
Membre de la Société de Biologie.

PRIX DE L'ABONNEMENT.

Paris et départements, 10 fr. — Union générale des postes, 12 fr. 50. — États-Unis, 14 fr. — Autres pays, 15 francs.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.
Le N° : 20 cent.— Par la poste : 25 cent.

ABONNEMENTS.

Pour ce qui concerne les abonnements et l'administration du Journal, s'adresser au docteur Galippe, 48, rue Sainte-Anne. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures; mardi, jeudi, samedi, de midi à 1 heure.

SOMMAIRE DU NUMERO :

Se vend chez tous les libraires. — Dépôt à la librairie **Frédéric Henry**, 53, rue de l'Ecole-de-Médecine, qui reçoit les abonnements.

CLINIQUE INTERNE

Etiologie et pathogénie des anévrysmes, par le Dr LANCEREAUX, Professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux.

Dans notre dernier numéro, nous avons publié une note sur l'origine syphilitique des anévrysmes. Nous devons à l'obligeance de M. Lancereaux la communication d'un travail inédit, dans lequel l'histoire de l'artérite se trouve exposée d'une façon très remarquable, ainsi que la description anatomo-pathologique des anévrysmes.

Les opinions de M. Lancereaux différant de celles émises dans le travail de MM. Lecorché et Talamon, nous en donnons un court résumé :

«Les anévrysmes spontanés ont les mêmes causes que l'artérite, dont elles sont un effet; aussi pour connaître leur étiologie, il suffit de se reporter à ce que nous avons dit de l'étiologie des diverses phlegmasies artérielles. Or, nous savons que celles-ci n'exposent pas également aux formations anévrysmales, et que les plus généralisées sont à cet égard les moins redoutables. Ainsi la proposition suivante nous paraît pouvoir être formulée comme une loi : *l'anévrysme est d'autant plus fréquent que l'artérite est plus circonscrite*. Cette donnée concorde, du reste, avec la connaissance que nous avons de l'âge où se produisent les anévrysmes, puisque les tableaux dressés par Lisfranc, Crisp et autres auteurs nous apprennent que la grande fréquence de ces lésions est de 30 à 50 ans, ce qui est précisément l'âge où se rencontrent les artérites circonscrites et les artérites en plaques, tandis que l'artérite généralisée survient beaucoup plus tardivement. D'un autre côté, si cette dernière lésion affecte de préférence l'aorte abdominale, les premières se localisent surtout à l'aorte thoracique, aux artères du cerveau et des poumons. Or, sur 551 cas d'anévrysmes rassemblés par Crisp, 175 fois l'aorte thoracique était le siège du mal, et 50 fois seulement l'aorte abdominale; par conséquent, la fréquence des anévrysmes est en rapport direct avec la fréquence de l'artérite circonscrite.

La syphilis, la tuberculose, l'impaludisme étant les causes ordinaires de l'artérite circonscrite, président par cela même le plus souvent à la formation des anévrysmes.

Or, ces maladies étant beaucoup plus communes dans l'armée que dans la population civile, les anévrysmes doivent être et sont en effet fréquents surtout parmi les soldats et les marins : ainsi s'explique un fait signalé par plusieurs médecins, notamment par les médecins anglais, qui n'en avaient pas jusqu'ici saisi la raison (1). D'ailleurs, non seulement les maladies en question sont les causes ordinaires des anévrysmes, mais chacune d'elles a, pour ainsi dire, sa localisation spéciale sur le système artériel. La syphilis, par exemple, affecte de préférence les artères cérébrales ; la tuberculose, les divisions de l'artère pulmonaire; l'impaludisme, l'aorte thoracique et ses branches. Ajoutons que les anévrysmes se rapportant à chacune de ces maladies diffèrent tant par leur siège que par leur évolution et leur mode de terminaison.

Toutefois, comme la genèse de ces lésions est subordonnée à une condition commune, qui est la destruction plus ou moins complète de la tunique moyenne, il en résulte qu'elles présentent des différences relativement faibles. Plusieurs auteurs accusent l'alcoolisme d'être une cause de formation anévrysmale; nous avons déjà dit que cette intoxication ne donnait pas lieu à l'artérite, nous répétons, en nous appuyant sur des recherches personnelles extrêmement nombreuses, que l'alcool ne joue aucun rôle dans la genèse des anévrysmes. Par contre, la présence de corps étrangers ou emboliques au sein des artères, circonstance favorable à l'inflammation de ces vaisseaux, est une source indiscutable de tumeur anévrysmatique, et cette source est aujourd'hui bien établie, grâce aux recherches de Tuffnell et de plusieurs autres médecins anglais. Qu'un certain nombre d'anévrysmes échappent à l'action des causes que nous venons d'énumérer, le fait n'est pas douteux. Quelquefois, en effet, ces lésions accompagnent une artérite généralisée, surtout quand celle-ci se lie à la goutte ou au saturnisme; et alors l'aorte thoracique, mais plus spécialement encore l'aorte abdominale, sont le siège de la tumeur vasculaire. Disons enfin qu'un certain nombre d'anévrysmes, ceux des artères du creux poplité, par exemple, paraissent dus à des contractions fréquentes et exagérées des muscles. Les émotions morales et les efforts répétés ne sont que des causes adjuvantes, dont l'action se fait sentir uniquement dans des cas d'altération préalable des artères.

La condition pathogénique essentielle des anévrysmes est la destruction de la tunique moyenne des artères. Cette tunique, en effet, est la seule qui, par ses éléments élastiques et contractiles, lutte efficacement contre la pression exercée à l'intérieur des vaisseaux par l'ondée sanguine. Or, lorsque, sous l'influence d'un état phlegmasique, les fibres musculaires de la tunique moyenne subissent la transformation graisseuse et les fibres élastiques la fonte granuleuse, la résistance du vaisseau devient insuffisante, les parois artérielles se distendent peu à peu, et l'anévrysme est constitué. Remarquons que cette tunique s'altère surtout dans les cas d'artérite circonscrite ou limitée, et nous aurons une fois de plus la raison de la fréquence des anévrysmes dans cette forme d'altération.

BIBLIOGRAPHIE. — Alberti. — Dissertatio de anevrysmale, Halle, 1725.
Lancisi. — De motu cordis et de aneurysmatibus, Rome, 1728.
Nichols. — Observations on Aneurisms in general (Philosoph. Transactions, n° 420, 1728).
Al. Munro. — On the coats of the arteries, their diseases and particularly aneurysms (Edinburgh med. Essays, t. II, p. 264).
J.-L. Petit. — Observations anatomiques et pathologiques au sujet de la tumeur qu'on nomme anévrysme (Acad. des sc., 1732 et 1735).
Lauth. — Scriptorum latinorum de aneurysmatibus collectio, Strasbourg, 1735.
A. Scarpa. — Obs. sur un anévrysme de l'arcade de l'aorte (Hist. de la Soc. roy. de méd., 1780-81, p. 290).
— Réflexions et observations anatomo-chirurgicales sur l'anévrysme, trad. fr. par Delpech, Paris, 1809.
Penchienati. — Recherches anatomico-pathologiques sur les anévrysmes (Mém. de l'Acad. roy. des sc. de Turin, 1784-85, p. 131-153).
Testa. — De externis aneurysmatibus epistolæ.
Déguisé. — Dissertation sur l'anévrysme. Thèse de Paris, 1804.
Maunoir. — Mém. physiol. et pratiques sur l'anévrysme, Genève, 1802.
Briot. — Essai sur les tumeurs formées par le sang artériel, Paris, 1802.
Freer. — Observations on Aneurysm, and somes diseases of the arterial system, Birmingham, 1807.
Bonnet. — Essai sur les anévrysmes. Thèse de Paris, 1816.
Palmi. — Trattato delle mallattie delle arterie et delle vene, Milan, 1823.
Casamayor. — Réflexions et observations anat. et chir. sur l'anévrysme en général, etc., Paris, 1825.
Delpech. — Clinique chirurgicale de Montpellier, 1823, t. I.
Ph. Bérard. — Mém. sur l'état des artères qui naissent des tumeurs anévrismales (Archives gén. de méd., 1830, t. XXIII, p. 362).
Breschet. — Mémoire sur les anévrysmes (Mém. de l'Acad. de méd., 1833, t. III).
Corbin. — Des anévrysmes spontanées (Journ. universel et hebd., 1831, t. III, p. 129).
Dezeimeris. — Art. Anévrysme (historique), Dict. en 30 vol., 1833.

(1) A en croire les auteurs anglais, la syphilis serait la principale cause des anévrysmes chez les marins et les soldats ; mais si cette proposition est vraie en ce qui concerne les anévrysmes des artères cérébrales, elle ne l'est pas quand il s'agit de ceux des grosses artères, de l'aorte en particulier. La raison de la fréquence de ces derniers est l'intoxication palustre, maladie plus répandue encore que la syphilis dans la marine et l'armée anglaises.

Robert. — Des anévrysmes de la région sus-claviculaire, Paris, 1842.
Liston. — On a variety of false aneurysm, London, 1842.
Porta. — Delle alterazioni patologiche delle alterie, Milan, 1845.
Donders et Jansen. — Recherches sur la nature des lésions artérielles considérées comme cause des anévrysmes (Archiv f. physiol. Heilkunde, 1848, t. VII, p. 361 et 530; Gaz. méd. de Paris, 1850, p. 245).
P. Broca. — Des anévrysmes et de leur traitement, Paris, 1856.
Colles. — On aneurysmal Sacs (Dublin Quart. Journ, 1856, t. XXI, p. 93, et Dublin Hospital Gaz., 16 juin 1860).
Richet. — Art. Anévrysme du Dict. de méd. et de chirurg. prat., 1865.
Mandron. — Des anévrysmes spontanés. Thèse de Paris, 1866.
Le Fort. — Art. Anévrysmes du Dict. encyclopéd. des sc. méd., t. IV, Paris, 1866.
Erichsen. — Observations on aneurysm, London, 1864.
Lebert. — Traité d'anat. path., t. I, pl. 71-74.
Helmstedter. — Du mode de formation des anévrysmes, Strasbourg, 1873.
Kœster. — Ueber die Entstehung der spontanen Aneurysmen und die chronische Mesarteritis (Berlin klin. Wochensch., 7 juin 1879, n° 23, p. 322, et Revue des sc. méd., Paris, 1876, t. VII, p. 60).
J.-A. Gautier. — Considérations générales sur les anévrysmes. Thèse de Paris, 1876.
P. Meyer. — De la formation et du rôle de l'hyaline dans les anévrysmes et dans les vaisseaux (Archives de physiologie, juillet-août 1880, p. 598).

PATHOLOGIE EXTERNE

Quelques cas de chirurgie au Havre (juillet 1880 - juillet 1881).

Dans le cours de l'année, il m'a été donné de rencontrer par la ville plusieurs affectious chirurgicales rares, et de pratiquer quelques opérations graves, dont il m'a semblé intéressant de réunir les observations dans ce travail.

Simple praticien, éloigné de tout centre médical et n'appartenant à aucun hôpital, mon intention ne peut être de m'étendre beaucoup et de trouver dans chaque cas matière à une leçon. Je me bornerai donc à rapporter les faits, et si, au cours du récit, j'émets un avis, il sera toujours appuyé sur l'opinion des maîtres français ou étrangers dans les travaux desquels j'ai puisé les notions nécessaires pour mener à bien ces diverses opérations. Ce n'est donc pas la nouveauté et l'originalité dans les idées que je rechercherai ici. Mais je m'attacherai à indiquer clairement les diverses phases des affections que j'ai eu à combattre chirurgicalement. Je montrerai le chemin par lequel je suis arrivé à prendre tel ou tel parti; je résumerai parfois, dans un court historique, les études bibliographiques où j'ai été entraîné par la nature du mal que je voulais combattre; enfin, mon but étant surtout de montrer les moyens d'action employés et les résultats obtenus, je serai avant tout sincère, et ne reculerai point devant l'énonciation et la description complète des accidents qui ont pu survenir comme suites de l'acte chirurgical.

En ce dernier point surtout on peut rendre d'utiles services; car si tout chirurgien est empressé de publier ses succès, de les présenter devant les sociétés savantes, bien peu ont la conscience et comprennent le devoir de publier tout ce qui leur arrive d'intéressant, et, au premier chef, les revers qui ont pu, malgré toutes les précautions, suivre une intervention jugée nécessaire.

J'ai la satisfaction, je n'oserais dire le regret, de voir cette tâche rendue facile par les résultats que j'ai obtenus.

Les observations qui vont suivre n'ont point été groupées d'après leurs véritables relations scientifiques. Entreprises de juillet 1880 à juillet 1881, je les présenterai au lecteur dans l'ordre où se sont pratiquées les différentes opérations qui les concernent.

Je le répète, ce ne sont point des leçons que je publie; c'est un simple aperçu du terrain chirurgical sur lequel j'opère, et par la suite des mois on verra ce que j'ai rencontré.

Me contentant de rapporter les grandes opérations entreprises, je laisserai dans l'oubli bien des interventions parfois intéressantes pour le praticien, mais qui ne revêtent aucun intérêt scientifique ou chirurgical.

10 juillet 1880.— *Ostéotomie sous-cutanée et linéaire dans le genu valgum des adolescents.*— Le 12 novembre de l'année 1879, j'avais déjà eu l'honneur de présenter devant la Société de chirurgie un cas de genu valgum guéri par l'ostéotomie linéaire et sous-cutanée.

Une observation rapide, dans laquelle je mentionnerai en quelques traits la méthode par moi suivie, accompagnait cette présentation. Le 31 décembre, M. Terrillon rapporteur, m'adressait quelques critiques au sujet de l'opportunité du procédé opératoire, qu'il considérait comme dangereux et capable d'entraîner de redoutables complications. Il ne cachait pas sa préférence pour l'ostéoclasie mécanique, et s'appuyait pour soutenir son opinion sur deux expériences faites sur les cadavres de deux jeunes gens de 18 ans.

Vers le commencement de janvier 1880, un nouveau cas de geuu valgum chez un adolescent de 18 ans environ s'offrit à mon examen, dans des conditions presque analogues à celles que j'avais rencontrées chez mon opéré de l'année précédente. Le sujet, âgé de 17 ans et demi, présentait un genu valgum très prononcé de la jambe droite.

Après avoir longuement réfléchi aux critiques autorisées dont j'avais été l'objet, après avoir pris connaissance de l'appareil préconisé par M. Terrillon pour l'ostéoclasie mécanique, convaincu d'ailleurs de l'innocuité absolue de l'ostéotomie linéaire et sous-cutanée, que j'avais été le premier à pratiquer en France, je me suis décidé à renouveler l'opération incriminée, avec l'intention, si mon objectif était atteint, de présenter le cas devant la Société, et de lui exposer en détail les raisons qui me semblaient militer en faveur de cette méthode. (Cette présentation a eu lieu le 10 novembre 1880.)

Voici l'observation à laquelle a donné lieu cette opération :

Edouard-Alexandre Lemardeley, âgé de 17 ans et 7 mois, est un garçon blond et maigre, d'un naturel actif, entreprenant et enjoué. Ses parents sont d'une bonne constitution, et il a joui d'une excellente santé pendant toute son enfance. Toutefois, sous l'influence de la misère et des privations, il a vu survenir vers sa treizième année une légère déformation du coude droit amenant quelque gêne dans les mouvements d'extension et de flexion.

L'année suivante, voulant, par défi, soulever un poids trop lourd, il ressentit une violente douleur dans le genou droit. Il avait au moment de cet effort les jambes écartées, et c'est à cette mauvaise position qu'il attribue la déformation, d'ailleurs peu considérable, qui survint alors. Avec le temps, cette déviation s'accentua; la jambe gauche, sur laquelle il avait pris l'habitude de s'appuyer de préférence, fut atteinte à son tour, mais d'une façon bien moins grave.

Une épreuve photographique, que j'ai l'honneur de soumettre à la Société de chirurgie, montrait combien grande était la difformité.

L'angle formé par le genou droit mesurait 140 degrés.

La perpendiculaire abaissée du bord inférieur de la rotule sur un cordon reliant le grand trochanter et la malléole interne avait une longueur de 15 centimètres.

Une attelle appliquée le long de la face interne de la cuisse s'éloignait à 17 centimètres de la malléole interne.

Le tibia offrait une torsion très prononcée de dedans en dehors et une courbe à convexité antérieure. Le pied était dans l'abduc-

tion. Enfin, la déviation disparaissait dans la flexion forcée du genou.

Dans ces conditions, la claudication était très prononcée et la marche absolument irrégulière. Le genou malade venait à chaque pas heurter le genou gauche. Enfin, dans la station debout, le corps était fortement incliné à droite.

La situation du sujet était, on le voit, pénible, humiliante, et avait amené le plus vif désir d'une prompte guérison.

Le 10 juillet, en présence de MM. Ch. Monod (de Paris) et Garel (de Lyon), je fais, assisté de MM. les Drs Lecam et Pawilewicz (du Havre), une incision de 1 centimètre sur la partie interne de la cuisse, à 3 centimètres de l'interligne articulaire fémoro-tibiale. Cette incision, allant du premier coup jusqu'à l'os, correspond à l'interstice des muscles droit interne et couturier, et le bistouri atteint le condyle interne au niveau du tubercule sur lequel s'insère le tendon du grand adducteur.

Ce point de repère trouvé, je commence la section du condyle à l'aide d'un ciseau taillé en biseau sur les deux faces et large de 1 centimètre. L'incision permettait tout au plus le passage de l'instrument.

Avec un maillet de plomb, je commence alors à sectionner transversalement les lamelles osseuses, en ayant soin de pousser toujours mon ciseau un peu en avant, vers la partie antérieure du condyle. Le tubercule du troisième adducteur est, en effet, sur un plan postérieur au reste du condyle, et par une incision directement transversale on risquerait d'entrer dans le creux poplité et d'y déterminer de graves lésions.

La section s'opéra lentement, mais facilement. Les trois quarts de l'os environ furent intéressés, et le Dr Lecam put du premier effort déterminer la fracture du pont osseux que j'avais respecté. (Qu'il me soit permis de faire remarquer que ce rapide résultat était dû à l'habitude du ciseau que j'avais pris dans les expériences cadavériques. Lors de ma première opération d'ostéotomie linéaire, j'avais été obligé de revenir par trois fois à la section des lamelles osseuses avant d'obtenir la fracture de l'os.)

L'opération n'a pas duré vingt minutes.

Les bords de la petite incision sont accolés par deux points de suture, et un appareil plâtré provisoire est appliqué pendant que le malade est encore endormi.

Le pansement de Lister a été suivi dans toute sa rigueur.

Le soir de l'opération, le pouls indique 78 pulsations et le thermomètre 38°.

Le 11 juillet. Le malade a été très calme; il accuse quelques élancements dans la cuisse au niveau de la section osseuse. Pansement de la plaie. Pas de suintement. La suture, cependant, semble un peu bridée. Pouls, 78. Thermomètre, 37,8.

Le 12. Un peu de gonflement du côté de l'articulation, mais la pression au niveau de la plaie ne détermine aucune douleur. L'état général se maintient satisfaisant. Pouls, 72. Thermomètre, 37,5.

Le 13. Application d'un appareil plâtré solide, l'appareil provisoire ne remplissant pas suffisamment ses fonctions. Pouls, 68. Thermomètre, 37,3.

Le 15. Les sutures sont enlevées. Il y a eu réunion par première intention.

Le 20. Afin d'obtenir le redressement complet, je sectionne la bande externe de l'appareil plâtré, et j'interpose entre le fragment supérieur et le fragment inferieur un écarteur disposé de manière à repousser constamment la jambe en dedans et à exagérer même légèrement le redress ment.

Le 31. Le gonflement modéré de l'articulation que j'ai mentionné tout à l'heure a complètement cessé. Je suis obligé de donner quelques tours à l'écarteur pour maintenir la pression qu'il doit exercer sur la jambe.

Enfin, le 2 août, vingt-deux jours après l'opération, la consolidation est obtenue et le malade peut faire quelques pas.

Depuis lors, le rétablissement s'est fait rapidement et le redressement est très satisfaisant. (Une épreuve photographique du résultat fut présenté à la Société.) Le genou gauche est maintenant plus élevé que le droit. La marche est ferme et assurée.

Il y a quelques jours, j'ai eu l'occasion de rencontrer mon opéré et j'ai pu me convaincre, malgré les plaintes qui m'avaient été formulées, que la situation avantageuse du malade ne s'est point modifiée depuis près d'un an.

Cette observation rappelle dans ses résultats le succès que j'avais présenté l'année précédente à la Société de chirurgie.

Mais, dans ses détails, certaines dissemblances m'ont frappé, — qui ont leur importance relativement au choix du procédé opératoire.

Chez mon premier opéré, l'os offrait une densité, une dureté considérables; il y avait une véritable éburnation du tissu osseux. La section fut lente, laborieuse et pénible; l'ostéoclasie complémentaire offrit quelques difficultés, et il fallut revenir par trois fois à la section du pont osseux avant d'en obtenir le brisement. (Peut-être, comme je l'ai dit plus haut, y a-t-il là le fait d'un manque d'habitude). Mais outre cela, le malade n'offrait aucune autre trace de rachitisme, et cependant tout nous faisait supposer l'existence d'une altération ostéogénique encore active (la lésion ne remontait pas à plus de six mois).

Dans le second cas, au contraire, le sujet était atteint de nombreuses manifestations de la distrophie osseuse. Le coude, les deux genoux sont atteints, et cela depuis déjà longtemps. Tout nous porte à croire à un rachitisme arrivé à la période d'éburnation.

Néanmoins, le premier, le plus récemment atteint, chez lequel le processus semble en pleine activité, est déjà passé à la période d'éburnation. Le second cas, chez lequel les lésions existent depuis quatre années, chez lequel les déformations ne sont pas accentuées depuis plus d'une année, est au contraire en plein ramollissement.

S'il nous eût été donné de choisir dans le premier cas entre l'ostéotomie et l'appareil Collin, point de doute que nous n'eussions adopté l'ostéoclasie mécanique, et nous aurions probablement rencontré quelques difficultés. Dans le second cas, au contraire, l'appareil aurait peut-être obtenu un nouveau succès, et cependant, par les raisons que nous venons d'indiquer, l'ostéotomie nous semblait opportune.

Mais de ce fait qu'un procédé semble mieux qu'un autre applicable au cas étudié, il ne s'ensuit pas qu'on doit le préférer s'il offre quelques dangers réels.

Le 25 mai 1880, le docteur J. Bœckel communiquait à l'Académie de médecine les heureux résultats qu'il avait obtenus par l'ostéotomie extra-articulaire dans trois cas de genu valgum chez des adultes de 22 et de 28 ans. Dans son mémoire, l'auteur constate que l'ostéotomie chez l'adulte est, somme toute, une opération d'une certaine gravité. « Malgré la sécurité que donne le pansement de Lister, dit-il, mon avis est qu'il ne faut pas en abuser; mais de là à le rayer des cadres de la chirurgie, il y a exagération.

Certes, l'appréciation de mon éminent confrère m'eût vivement touché, et j'aurais hésité à agir si mon intention eût été de pratiquer l'ostéotomie d'après la méthode du Dr Bœckel.

En somme, je me contente de faire une simple section de l'os, l'incision de la peau est aussi étroite que possible, et j'ai soin de ne pas intéresser les parties molles. Grâce à la vaporisation d'eau

phéniquée qui enveloppe ce champ opératoire restreint, je me crois à l'abri de tout danger.

Bien autres sont les principes suivis à Strasbourg. De larges incisions sont pratiquées, ayant 7 et 8 centimètres d'étendue; à l'aide d'un large ciseau et du marteau d'acier, un coin osseux considérable est enlevé. L'ostéotomie est totale et ne regarde pas à ouvrir largement le canal médullaire.

Il ne faut pas s'étonner par suite que dans le relevé de 226 cas d'ostéotomie chez l'adulte, l'auteur ait trouvé 5 morts et un certain nombre d'accidents plus ou moins graves.

On voit voit par là combien diffèrent les deux procédés, combien l'un est inoffensif et s'inspire des prudents principes adoptés dans la ténotomie et la myotomie, combien l'autre au contraire est vraiment grave et comparable aux plus dangereuses résections.

Et néanmoins, malgré les accidents qui peuvent survenir à la suite de l'ostéotomie cunéiforme, l'auteur ajoute: « Quant à l'appareil de M. Collin, je suis le premier à en reconnaître les avantages chez l'enfant et chez l'adolescent, je serais tout disposé à m'en servir chez l'adulte, s'il m'est prouvé qu'il permet de redresser des sujets de 20 ans et plus, sinon, je pratiquerais l'ostéotomie du fémur ou du tibia.

Cette manière de voir a été à ma connaissance partagée par deux chirurgiens, depuis que j'ai fait connaître l'observation qui précède :

Dans la discussion qui eut lieu devant la Société de chirurgie le 30 mars 1881, au sujet de ma présentation, M. Terrrillon a déclaré que « si on pouvait prévoir la rupture des ligaments, on « devrait préférer l'ostéotomie. J'ai pratiqué cette opération sur un « malade à qui M. Verneuil avait fait antérieurement le redres- « sement sans produire le décollement épiphysaire. »

Enfin au Havre même, un chirurgien de l'hôpital qui lors de ma première ostéotomie m'avait fait plus d'une représentation au sujet de ma détermination qu'il considérait comme téméraire, vient de pratiquer ces temps derniers cette même opération, des essais tentés avec l'appareil Collin lui ayant donné des résultats peu satisfaisants.

Il faut noter que dans ces deux opérations l'ostéotomie linéaire telle que je l'ai préconisée devant la Société de chirurgie a été préférée à la méthode d'ostéotomie cunéiforme. Elles sont par suite le corollaire de l'observation que je viens de publier.

(*A suivre.*) Dr Beauregard.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Programme.

(Suite.)

Thérapeutique. — Au point de vue thérapeutique, les médications doivent être également opposées, antagonistes, comme les maladies elles-mêmes auxquelles elles s'adressent. Les maladies en raison directe de la nutrition, qui frappent le groupe supérieur, seront combattues par toutes les circonstances physiologiques et mésologiques qui diminuent la nutrition : jeûne, repos, émissions sanguines, purgatifs, obscurité, climats chauds, etc.; les maladies en raison inverse de la nutrition qui frappent le groupe inférieur seront combattues par toutes les circonstances contraires qui augmentent la nutrition. La thérapeutique doit donc, pour être efficace, diminuer la nutrition des individus qui sont trop nourris et qui forment le groupe supérieur (races supérieures, hommes, adultes, forts, côté droit) et augmenter la nutrition de ceux qui font partie du groupe inférieur et qui ne sont pas assez nourris (races inférieures, femmes, enfants, vieillards, faibles ou affaiblis, côté gauche). En un mot, la thérapeutique ne guérit qu'autant qu'elle affaiblit les forts et qu'elle fortifie les faibles, autrement dit qu'elle réalise l'état moyen de nutrition dont je parlerai bientôt.

Appareils et organes. — Cette étude de la différenciation pathologique que nous avons constatée entre les divers individus et entre les deux côtés du corps pourrait être poussée beaucoup plus loin et appliquée à chaque organe en particulier. De même que, dans l'individu, on distingue un côté fort et un côté faible, dans chaque organe, on peut considérer une partie forte et une partie faible.

Prenons le cœur, par exemple. On sait que le cœur gauche est plus puissant que le cœur droit et que le ventricule gauche est plus actif que l'oreillette du même côté. L'oreillette est relâchée 18 heures sur 24. Eh bien, le cœur gauche, et en particulier le ventricule gauche, sont frappés par les maladies en raison directe de la nutrition, tandis que le cœur droit est frappé par les maladies en raison inverse.

La goutte, les empoisonnements, l'inflammation, produisent l'altération graisseuse du ventricule gauche surtout. Dans la goutte, le cœur gauche est surtout malade (Hardy). Le saturnisme affecte surtout le ventricule gauche (Roblot). Il en est de même de l'arsenic et des autres poisons. La myocardite affecte le plus souvent le ventricule gauche. L'endocardite est plus fréquente au cœur gauche. Dans la variole, l'endocardite siège exclusivement dans le ventricule gauche. Dans les complications du croup, c'est la valvule mitrale qui est atteinte (Labadie-Lagrave). Les altérations syphilitiques sont plus fréquentes au ventricule gauche (Lancereaux).

Au contraire, la maladie de Bright, les cachexies, le cancer, la suppuration prolongée produisent la dégénérescence amyloïde du ventricule droit surtout. D'après M. Teissier fils, les lésions du cœur droit : hypertrophie avec dilatation et insuffisance de la valvule tricuspide se développent consécutivement aux maladies du foie, de l'estomac, ou pendant les maladies intestinales. Les affections pulmonaires chroniques produisent des lésions du cœur droit (Gouraud). M. Chassagnette a noté une dilatation des cavités droites du cœur dans la tuberculose pulmonaire (thèse Paris, 1880). M. Brun-Bourdaux a observé dans la phthisie une dilatation du cœur droit avec insuffisance tricuspide.

On comprend maintenant que le cœur droit soit plus souvent pris chez les femmes et le cœur gauche chez les hommes (Bamberger).

Prenons maintenant le poumon. On sait que le poumon droit est plus développé que le gauche et que la base du poumon est plus active que le sommet. Eh bien, la pneumonie aiguë, maladie en raison directe de la nutrition, frappe surtout la base du poumon droit, tandis que la phthisie, maladie en raison inverse de la nutrition, affecte 9 fois sur 10 le sommet du poumon gauche. La syphilis affecte le poumon droit et les lobes moyen et inférieur du poumon. De même, les abcès métastatiques se rencontrent surtout à la base du poumon droit.

Prenons le foie. Le lobe droit qui est le plus développé est affecté par les maladies en raison directe de la nutrition : syphilis (Lancereaux), hépatite aiguë, hypertrophie. Au contraire, le lobe gauche est affecté par les maladies en raison inverse : atrophie, hépatite chronique.

Considérons la moelle épinière. Nous verrons que les cordons antérieurs sont frappés surtout par les maladies en raison directe de la nutrition, tandis que les cordons postérieurs sont affectés par les maladies en raison inverse.

Gowers a signalé dans la fièvre typhoïde une myélite des cornes antérieures. Dans la paralysie diphthéritique, les lésions sont localisées aux racines rachidiennes antérieures (Dejerine, Gaucher). MM. Vulpian et Dejerine ont signalé l'existence d'altérations des racines antérieures des nerfs spinaux dans la para-

lysie saturnine. D'après Sumner Stone, de Philadelphie, l'action de l'acide phénique est limitée aux cordons moteurs.

Au contraire, « la sclérose des faisceaux radiculaires des cornes postérieures de la moelle est la lésion prédominante de l'ataxie locomotrice » (Pierret). « Le siège de l'affection choréiforme se trouve dans les cellules nerveuses de la corne postérieure de la substance grise de la moelle » (Legros et Onimus). M. Leloir a constaté que certaines ichthyoses sont en relation avec des lésions des racines postérieures et que certains echthymas s'accompagnent de lésions des racines et des cordons postérieurs.

L'espace me manque pour étudier tous les organes de la même façon. Cette étude permettrait d'expliquer pourquoi la goutte frappe surtout le gros orteil, tandis que la congélation affecte d'abord le petit; pourquoi le cheveu blanchit tantôt de la pointe à la base, tantôt de la base à la pointe, etc.

On pourrait expliquer de la même façon l'ordre suivant lequel les maladies qui envahissent l'organisme frappent successivement les divers organes.

D'après mes recherches, les maladies en raison directe et en raison inverse de la nutrition suivent une marche diamétralement opposée. Les premières affectent les appareils de la vie animale avant ceux de la vie végétative et frappent les diverses fonctions organiques en remontant leur ordre d'apparition, c'est-à-dire en allant des supérieures aux inférieures. Considérons par exemple l'action du chloroforme : il frappe d'abord l'intelligence, puis la motricité, puis la sensibilité. A ce moment, on l'utilise comme anesthésique; mais, si l'on pousse l'empoisonnement plus loin, les fonctions végétatives (circulation, respiration, etc.), sont affectées à leur tour. Au contraire, une maladie en raison inverse de la nutrition, comme la phthisie, l'anémie, le cancer, les maladies chroniques, entraînant l'autophagie, affectent les appareils de la vie végétative avant ceux de la vie animale et frappent en dernier lieu l'intelligence que le chloroforme avait frappé en premier. Chez l'adulte, les système nerveux et musculaire sont toujours affectés les premiers par les maladies en raison directe de la nutrition. On sait que tous les poisons affectent d'abord le système nerveux. M. Hayem a observé une myosite symptomatique dans les maladies aiguës : fièvre typhoïde, fièvres éruptives, fièvre puerpérale, etc. Au contraire, d'après le même pathologiste, dans la phthisie et le cancer, il n'y a pas d'altérations des muscles.

Au contraire, chez les adultes, l'autophagie affecte d'autant plus les appareils et organes qu'ils sont plus inférieurs. Les tissus connectifs et graisseux, par exemple, qui sont situés au bas de l'échelle histologique, perdent 93 pour 100 et même 97 (Voit) de leur poids, tandis que le système nerveux ne perd que 1,9 pour 100 (Chossat). L'alimentation insuffisante agit de la même façon. « En cas de disette, ce sont les fonctions digestives qui sont plus directement et d'abord altérées. » (Hardy et Behier.) Au contraire, les centres nerveux ne sont pas altérés (Manassein). Ainsi, chez l'adulte, les maladies en raison directe de la nutrition affectent la vie animale avant la vie végétative et descendent l'échelle de l'évolution qui est montée par les maladies en raison inverse frappant la vie végétative avant la vie animale.

Mais la marche de ces deux sortes de maladies n'est pas la même chez l'enfant que chez l'adulte. Si chez ce dernier les appareils de la vie animale sont plus exposés aux maladies en raison directe de la nutrition qu'aux maladies en raison inverse, c'est qu'ils sont plus nourris et plus actifs que les appareils de la vie végétative. Au contraire, chez l'enfant, la vie végétative, étant plus active que la vie animale, est plus affectée par les maladies en raison directe de la nutrition que par les maladies en raison inverse qui frappent surtout les appareils de la vie animale. Cela nous explique pourquoi, chez les enfants, la syphilis débute par les accidents tertiaires. De même chez les enfants, les femmes, les faibles, les fonctions végétatives sont plus affectées par la goutte que les fonctions animales. D'autre part, chez des enfants ayant succombé à l'alimentation insuffisante, on observe des foyers de ramollissement blanc dans le cerveau (Parrot), des ulcérations de la cornée (Bouchaud). Au contraire, les organes de la vie végétative sont peu affectés : les poumons sont sains; la rate et les reins ont presque leur volume normal.

Mais le principe est le même. Les organismes et les organes sont toujours frappés en raison de leur nutrition, qu'il s'agisse de croissance, de développement ou de fonctionnement organiques. La croissance peut déterminer une maladie aiguë (Regnier). La formation des épiphyses facilite l'inflammation des os (Gosselin). « Dans un os, une seule extrémité est atteinte par la syphilis héréditaire; c'est celle qui, à l'état physiologique, est le siège de l'accroissement le plus actif, exemple l'extrémité inférieure du fémur, de l'humérus, l'extrémité supérieure du tibia, du cubitus, etc. » (Parrot.) Le siège des hyperostoses est la région des diaphyses dans le voisinage des épiphyses, points où l'activité nutritive est extrêmement accentuée » (Lannelongue). Pendant la puberté, l'orchite aiguë complique les fièvres parce qu'à ce moment la nutrition du testicule est très active. » (Dereins.)

Les maladies en raison directe de la nutrition frappant les tissus en raison de leur formation, les frappent aussi en raison de leur réparation. Aussi les manifestations syphilitiques se produisent-elles sur le tissu cicatriciel, ainsi que je l'ai constaté, et sur le cal des fractures (Verneuil et Dron). De même, les pustules de la variole se montrent surtout sur l'emplacement d'un vésicatoire (Parrot, Joanny, Rendu).

(*A suivre.*) G. DELAUNAY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 *juin* 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.

M. **Woillez** met sous les yeux de ses collègues un nouveau modèle de spirophore, qu'il a présenté à l'Académie en 1876, et qu'il a perfectionné.

M. **Depaul** déclare qu'il n a pas eu à se louer de l'appareil de M. **Woillez**, et qu'il a presque constamment échoué dans ses tentatives sur les enfants nouveau-nés.

M. **Woillez** n'a fait d'expériences que sur les adultes, et accepte l'offre que lui fait M. **Depaul** d'essayer son appareil sur les enfants nouveau-nés.

M. **Bouley** annonce que des expériences relatives à l'immunité charbonneuse, dont il avait parlé comme devant être faites par M. **Pasteur**, à l'Ecole d'Alfort, viennent d'avoir lieu. Ces expériences, calquées sur la précédente, ont également parfaitement réussi. Trois cents moutons ont été vaccinés dans la ferme de l'École, à Vincennes, sur lesquels la même épreuve sera ultérieurement faite.

M. **Lancereaux** lit un rapport officiel sur le service des épidémies.

M. **Hardy** présente la main d'un homme mort dans son service de l'hôpital de la Charité, après avoir présenté les symptômes habituels de la pellagre. Cet homme était, en effet, atteint depuis dix-huit mois d'une diarrhée incoercible, d'une dépression notable du système nerveux caractérisée par l'hébétude, de l'absence de mémoire, de la paralysie incomplète des jambes; et, de plus, d'une éruption érythémateuse des deux mains. Sur la main présentée à l'Académie on peut voir, sur la coupe et sur la moitié postérieure des doigts, une teinte brune très pigmentée, recouverte d'écailles épidermiques fines et lamelleuses.

Cet homme, mort avec des accidents nerveux, contracture des membres, délire, coma, était profondément alcoolique. Agé de 46 ans, il avait commencé ses excès de boissons à 15 ans. A l'autopsie, l'alcoolism était d'abord manifeste par un état cirrhotique très prononcé du foie et par la dégénérescence graisseuse du cœur.

Cet homme n'avait jamais pris de maïs, et M. Hardy pense que l'on doit attribuer ces symptômes morbides observés pendant la vie à l'alcoolisme, comme une des causes de la pellagre, et particulièrement de la pellagre observée à Paris.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 *juin* 1881. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

Grenouillette. — M. **Verneuil**, à l'appui de la théorie émise par M. Delens, cite un cas de grenouillette sus-hyoïdienne, communiquant avec une grenouillette sublinguale; la fluctuation était facilement transmise de l'une à l'autre poche; en outre, un stylet introduit par une fistule établie près du frein de la langue arrivait à travers le plancher de la bouche jusque dans la région sushyoïdienne. Il semble évident que cette variété est due à une dilatation du canal de Warthon, ce qui expliquerait les insuccès de la cautérisation et de l'extirpation partielle. Seul, l'établissement d'une fistule largement ouverte dans la bouche permet de guérir cette variété de grenouillette. D'ailleurs, il est admis par tout le monde qu'il existe plusieurs variétés de grenouillette, justiciables de traitements différents. Tout récemment, Recklinghausen a publié un mémoire, où il démontre pièces en main le siège d'une grenouillette dans la glande de Nuhn.

M. **Forget**, qui a étudié spécialement cette question, attend de nouvelles preuves avant de se rallier à l'opinion de M. Delens; rien de plus rarement signalé que la communication des deux poches sushyoïdienne et sublinguale.

M. **Anger** s'est toujours servi avec succès des injections au chlorure de zinc; dans un seul cas, la maladie a récidivé. Il s'agissait d'un kyste dermoïde, qu'on finit par enlever en totalité; l'extirpation en fut très laborieuse et très difficile.

M. **Verneuil** affirme que rien n'est plus facile, habituellement, que l'extirpation des kystes dermoïdes; en effet, ils ne présentent d'adhérences qu'au niveau des apophyses geni, ce qu'explique facilement leur mode de formation, au moment de la suture des arcs branchiaux. Si M. Anger a éprouvé des difficultés, cela tient aux inflammations préalables de la poche, à la suite des injections de chlorure de zinc, et aux adhérences qui en sont résultées.

M. **Duplay** considère les grenouillettes et les kystes dermoïdes du plancher de la bouche comme deux affections tout à fait distinctes, et qu'il est impossible de confondre. Sans parler du contenu de ces derniers, la constitution de leurs parois est différente. Seule, l'extirpation totale peut guérir cette variété, et elle est presque toujours facile.

M. **Tillaux** ne peut se rallier à l'idée de M. Verneuil, qui voit dans le cas qu'il a rapporté une dilatation du canal de Warthon; le stylet peut suivre le trajet de ce dernier, mais rien ne prouve qu'il soit à l'intérieur du canal; il peut être tout aussi bien dans une poche développée autour de lui.

Polype naso-pharyngien. — M. **Delens** fait un rapport sur une observation envoyée par M. Linon (de Tibi-bel-Abès). Il s'agit d'un myxome occupant exactement le siège ordinaire des polypes fibreux naso pharyngiens, chez un jeune homme de 23 ans. Il ne s'accompagnait pas d'hémorrhagies; l'extirpation avec l'écraseur en fut relativement facile par la voie nasale, sans qu'on ait été obligé de se créer une voie artificielle par le voile du palais ou la voûte palatine. La guérison se fit sans accidents et, depuis sept mois, il n'y a pas eu de récidive. M. Linon insiste sur les conséquences de cette observation au point de vue du recrutement, et comme ces sortes de polypes peuvent guérir par une opération relativement simple, on pourrait ne prononcer l'exemption qu'après une tentative opératoire.

Monstre fœtal. — M. **Lannelongue** présente les pièces et la photographie d'un monstre exencéphale, qui offrait les particularités suivantes: Non seulement l'encéphale enveloppé de la dure-mère était hors de la boîte crânienne, mais encore ce fœtus avait un bec-de-lièvre compliqué: la fente labiale remontait de chaque côté du nez à la paupière inférieure, qui était divisée, et s'étendait jusque sur la paupière supérieure, qui présentait une fente verticale, un coloboma. En outre, une expansion de la dure-mère allait adhérer à la cornée et de là s'étendait en bas jusqu'à l'os malaire. L'enfant a vécu six jours.

M. **Polaillon** connaît trois cas analogues au précédent, il explique l'adhérence à la cornée de l'expansion fibreuse par le développement des parties antérieures de l'œil qui, on le sait, se fait aux dépends du feuillet externe du blastoderne.

Calcul uréthral. — M. **Lannelongue** montre un calcul gros comme un petit pois qu'il a extrait récemment avec la curette de Leroy d'Etiolles, de l'urèthre d'un petit garçon de 2 ans. Cet enfant, atteint de rétention d'urine depuis quarante-huit heures, avait une infiltration du scrotum et de la verge, et était dans le coma. Le calcul extrait, on fit quelques débridements sur les parties infiltrées; les accidents cérébraux disparurent avec rapidité; la réparation des tissus infiltrés se fit avec une grande simplicité, ce qui prouve encore une fois que l'urine est moins irritante et moins toxique chez les enfants que chez les adultes et surtout les vieillards.

Abcès froids. — M. **Le Dentu** rapporte une observation, qui vient à l'appui de la théorie nouvelle de M. Lannelongue sur la pathogénie des abcès froids. Il s'agit d'une femme atteinte de collections multiples; l'une d'elles, ponctionnée, amena un liquide transparent, absolument séreux. L'autopsie faite plus tard, démontre à ce niveau un épaississement du périoste, les parois du kyste étaient épaisses, et infiltrées de produits tuberculeux.

M. **Nicaise** rapporte à ce propos un cas à peu près analogue, dans lequel ce liquide séreux se reproduisit en quelques jours avec les mêmes caractères.

M. **Lannelongue** croit bien prouvée aujourd'hui la nature des abcès froids: ces abcès ne renferment pas de pus, mais seulement des débris tuberculeux. Au début, ce sont des gommes tuberculeuses, développées dans le tissu cellulaire. Ces gommes se ramollissent, et forment une collection. Si donc on veut guérir celles-ci, il ne faut pas se contenter de les ouvrir, il faut modifier profondément leurs parois, soit par le curage, soit par l'abrasion de manière à en détruire les produits tuberculeux infiltrés.

GASTON LUIZY

Congrès d'Alger.

A M. le Dr Galippe, secrétaire de la rédaction du *Journal des Connaissances médicales*.

(Suite et fin.)

M. **Létourneau** a fait bénéficier la *thérapeutique* de la *théorie physiologique des vaso-moteurs.* — En soumettant aux courants électriques constants les ganglions cervicaux ou même la tête, il a produit chez l'homme des vertiges, du sommeil et l'ischémie des vaisseaux rétiniens. En poussant l'expérience plus loin, chez des animaux, il a obtenu la diminution de la pupille. Dans des expériences qu'il a faites aussi sur des animaux, dans le laboratoire de M. Béclard, avec le concours de M. Laborde, il a obtenu l'ischémie des vaisseaux de la pie-mère. Chez un vieillard, il a triomphé, par cette application des courants continus, d'une congestion cérébrale chronique. Enfin, M. Létourneau a cherché s'il existait une relation entre ces phénomènes et la température du sujet mis en expérience. Ses recherches ont été faites, en collaboration avec M. Laborde, dans le service de Broca, avec le bandeau thermométrique inventé par ce regretté chirurgien; c'est une sorte de ceinture, disposée autour de la tête, et munie, de distance en distance, de thermomètres qui sont ainsi fortement appliqués contre la peau. Voici les résultats de dix expériences:

1° Dans trois cas, il y eut abaissement de tous les thermomètres de un à deux degrés, après cinq à six minutes d'expérience.

2e Dans six cas, il y eut abaissement mixte, avec prédominance de l'abaissement, surtout dans la partie antérieure.

3e Dans un cas, il y eut élévation générale; mais c'était après le déjeûner, et cela peut être considéré comme une action perturbatrice.

Dans un des cas, les auteurs eurent à constater aussi une action perturbatrice, la terreur que le bandeau inspira à la patiente; il s'ensuivit un abaissement immédiat. Cet abaissement est-il général ou superficiel? MM. Létourneau et Laborde ont entrepris des expériences de contrôle chez les animaux, à l'aide de thermomètres spéciaux enfoncés jusque dans la substance cérébrale. D'après les résultats observés, l'abaissement serait général. Mais il convient d'attribuer une certaine part de cet abaissement aux mutilations mêmes subies par les animaux; car ceux-ci continuaient à se refroidir après l'expérience, plus lentement, il est vrai, mais constamment. L'application des courants continus a donné les mêmes résultats pour la main que pour la tête.

M. **Gauchet** (2e communication) raconte l'histoire d'une malade atteinte de *vomissements incoercibles*, qui résistèrent à tous les narcotiques. On donna un lavement de *chloral. Mort subite.*

M. **Bouchut** a utilisé les *effets dissolvants de la papaïne sur les fausses membranes de la diphthérie.* — Il avait déjà entretenu le congrès de Reims des effets de cette substance sur la fibrine humide. Plus tard, il vit qu'on pouvait dissoudre des ténias, des fausses membranes. Mais il n'osait faire de cette substance un emploi thérapeutique, craignant d'attaquer gravement la muqueuse elle-même. C'est seulement lorsque M. Wurtz lui eut montré qu'une simple immersion dans une solution de papaïne détermine l'hydration de la fibrine et la dissolution ultérieure, que M. Bouchut s'est décidé à toucher les fausses membranes diphthéritiques avec un pinceau imprégné d'une solution de 10 gr. de papaïne dans 40 gr. d'eau distillée. Cette pratique lui a donné 18 succès et 3 morts sur 21 cas de croup, pris au hasard, dans l'ordre des entrées, dans son service hospitalier.

M. **Caussidou**, médecin-adjoint de l'hôpital civil d'Alger, a expérimenté le *salicylate de soude dans le traitement de la fièvre typhoïde*, à l'exemple des Allemands et de MM. Brouardel et Hallopeau. Mais tandis que ceux-là employaient ce médicament aux doses quotidiennes de 12 et 15 gr., sans moyen de contrôle, et qu'il survenait des accidents; tandis que ceux-ci n'osaient dépasser 2 à 3 gr. par jour, alternaient tous les deux ou trois jours avec la médication quinique, et ne retiraient pas de cette manière de faire un bénéfice thérapeutique très évident, M. Caussidou s'est gardé à la fois de cet excès d'audace et de cette timidité. C'est ce qui fait l'originalité de ses recherches. Il a donné le salicylate de soude à *doses fractionnées et répétées jusqu'à effet défervescent*; comme moyen de contrôle, il faisait prendre la température du malade de trois en trois heures, et donner une dose du médicament (1 gr. 50 pour un adulte) chaque fois seulement que cette température dépassait 38° centigrades. De cette manière, il a vu la défervescence se produire rapidement, les symptômes morbides s'amender notablement et la maladie abrégée, parfois enrayée dans les cas légers traités de bonne heure. Il n'a jamais observé d'accidents; parfois un peu de dyspnée survient, toujours sans gravité. Le nombre des pulsations et des respirations a marché dans le même sens que celui des degrés thermiques; en général, à un abaissement d'un degré, correspondait une diminution de dix pulsations. A ce traitement, M. Caussidou n'a jamais associé la diète absolue; il conseille le vin et les potages; il associe quelquefois à la médication principale l'extrait mou de quinquina et le musc; la convalescence semble en être plus rapide. Ces heureux effets du salicylate de soude ne s'exercent d'ailleurs que sur les accidents typhoïques; car, lorsqu'il est survenu des accidents étrangers à la maladie, comme dans un cas un érysipèle de la face, la défervescence n'a pu être obtenue. A l'appui de ses assertions, M. Caussidou présente un grand nombre de tracés thermométriques et autres, pris tant dans sa clientèle que dans son service hospitalier.

M. **Pécholier** a fait des recherches expérimentales sur *l'action de l'hellébore.* Si ce médicament, tant prôné par les anciens, est tombé en désuétude, c'est qu'on a indifféremment employé tantôt l'hellébore blanc, tantôt l'hellébore noir. Or rien de moins légitime que cette confusion.

1° L'hellébore blanc appartient à la famille des *colchicacées*; ses principes actifs sont la *colchicine* et la *vératrine*. Il est vomitif, purgatif, sialagogue, diurétique; il ralentit d'abord et accélère ensuite la circulation et la respiration; il élève, puis abaisse la température animale de 3 à 12 degrés; il diminue la contractilité musculaire, il émousse enfin la sensibilité et la motricité.

2° L'hellébore noir appartient à la famille des *renonculacées*; son alcaloïde est *l'helléborine.* Il est sans action sur la digestion, la salivation et l'urination; il accélère d'emblée la circulation et la respiration, détermine une élévation de la température animale suivie d'un abaissement, excite la contractilité musculaire, paralyse l'intelligence et stimule les autres fonctions nerveuses.

Bref, il y a opposition complète entre ces deux agents. L'hellébore blanc est très actif; l'hellébore noir est dépourvu d'indications thérapeutiques.

X. — *Instruments et ambulances.* — M. **Bouchut**, au nom de M. **Galante**, présente un pèse-bébés à cadre, sensible à 10 grammes.

M. **Hortolès** conseille pour la rupture de l'ankylose du genou un appareil composé de deux compas métalliques, latéraux, inclus dans un bandage silicaté ordinaire. La présence de ce double compas prévient la subluxation du tibia en arrière sous l'influence des tractions élastiques.

M. **Collardot**, médecin de l'hôpital civil d'Alger, donne des explications sur un dessin représentant un profil d'ambulance volante de son invention. Le principe de M. Collardot consiste à construire rapidement, au lieu choisi pour improviser un hôpital temporaire, un soubassement en maçonnerie, sur lequel on édifierait un baraquement avec des pièces de bois, faciles à transporter et à relier entre elles. Ces pièces seraient faites sur un modèle uniforme pour qu'on pût remplacer aisément celles qui viendraient à se détériorer. L'ensemble du baraquement formerait une salle rectangulaire, bien éclairée et aérée par des fenêtres latérales se faisant face. A l'une des extrémités seraient des water-closets à tinette mobile, non contigus, mais reliés à la salle par un passage couvert. A l'autre extrémité, on aurait un ou deux cabinets d'isolement. Le modèle exposé par M. Collardot est pour 20 lits; cela lui semble devoir être la dimension moyenne d'une salle. Mais on pourra toujours l'allonger ou la raccourcir en ajoutant ou retranchant de nouvelles pièces mobiles.

M. **Rochard** approuve le projet de M. Collardot, mais propose de substituer au nom d' « ambulance volante », qui a déjà reçu une acception différente, celui d' « hôpital mobile ».

M. **Bonnafond** approuve également le projet, et rappelle qu'on avait des constructions très analogues, en 1830, au commencement de la conquête et de la colonisation.

XI. — *Histoire et géographie médicales.* — M. **Plouquet**, sous ce titre : *Impressions de voyage d'Ay-Champagne à Alger, au point de vue de la topographie, de l'hygiène et de la pathologie générale*, fait une suite de récits descriptifs, biographiques et bibliographiques qu'il est malaisé de résumer convenablement, car ils sont eux-mêmes déjà des résumés.

XII. — *Nomination.* — Dans la séance du 18 avril, M. le Dr **Azam** (de Bordeaux) est élu *président* pour 1882.

L. Moreau.

BIBLIOGRAPHIE

De la durée d'élimination des médicaments, par le Dr J. Gérard, 1880. Alphonse Derenne, éditeur.

Ce travail repose sur de nombreuses expériences que l'auteur a faites avec le plus grand soin sur les oiseaux, et en se servant d'un appareil enregistreur de son invention et certainement fort ingénieux. Voici les conclusions de ce travail :

La durée de l'élimination des médicaments en général paraît à peu près indépendante de l'espèce animale.

Cette durée paraît variable même du simple au double et plus, sous l'influence de causes diverses, parmi lesquelles nous signalerons : 1° l'état de jeûne par privation de nourriture et surtout de boissons ; 2° l'état de gaîté ou de tristesse, nostalgie, etc.; 3° l'état de fièvre; 4° d'autres circonstances à étudier et à déterminer.

Les oiseaux sont les seuls animaux qui permettent de conduire à bien les quelques milliers d'expériences nécessaires pour arriver à des conclusions définitives sur la durée de l'élimination des médicaments.

La durée de l'élimination des iodures paraît presque absolument indépendante : 1° de la dose; 2° de la nature du métalloïde combiné avec l'iode.

L'élimination des iodures est ordinairement à peu près complète aprés la dix-huitième heure. Après la vingt-quatrième heure, il ne reste plus que des traces infinitésimales d'iodure dans les diverses excrétions.

La plus grande partie du salicylate de soude paraît s'éliminer également dans les vingt premières heures. Il y a lieu de distinguer entre l'élimination complète au point de vue clinique et l'élimination complète au point de vue thérapeutique.

NOUVELLES

— Hôpital Saint-Antoine. — M. le directeur général de l'Assistance publique a reçu de M. le Dr d'Olier, médecin à Orléans, la somme de 100 francs destinée à l'achat de livres pour la bibliothèque des internes de l'hôpital de Saint-Antoine.

M. d'Olier est le père du jeune interne des hôpitaux mort récemment à l'hôpital Saint-Antoine.

La myopie dans les écoles. — En raison des cas de myopie de plus en plus nombreux qui se développent dans les écoles par suite de défectuosité des tables et des sièges et de la distribution vicieuse du jour, le ministre de l'instruction publique vient de nommer une commission, dite de l'hygiène de la vue dans les écoles, avec mission d'étudier l'influence des conditions matérielles de l'installation scolaire sur les progrès de la myopie et de rechercher les moyens de s'y opposer. Cette commission se compose de MM. les docteurs Gavarret, président; Panas, Gariel, Maurice Perrin, Javal; Montmahou, inspecteur général de l'enseignement primaire; Hachette et Masson, éditeurs, et Gauthier-Villars, imprimeur.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Valeur antipyrétique de l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde, acide phénique ou bains, rôle du traitement dans les bains froids, dans les hôpitaux militaires, par le Dr Frantz Glénard; in-8, 1 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Du lavage de l'estomac, procédé opératoire, indications, résultats, par le Dr Faucher; in-8, 2 fr. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Propriétaire-Gérant : V. Cornil.

Paris. — Typ. A. PARENT. A. DAVY, Succr, rue M.-le-Prince, 31